



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD

**Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su
relación con factores asociados. Gualaceo, 2016.**

**Tesis previa a la obtención del título
de Magíster en Investigación de la Salud.**

MAESTRANTE:

Md. José Patricio Beltrán Carreño.

DIRECTORA:

PhD. Sandra Victoria Abril Ulloa.

ASESORA:

Mgt. Lorena Esperanza Encalada Torres.

CUENCA-ECUADOR
2017



RESUMEN

Antecedentes: asistir a un adulto mayor puede constituir un factor estresante con sobrecarga en la persona que realiza esta labor. El síndrome de sobrecarga se caracteriza por ser insidioso y multisintomático, con repercusiones médicas, económicas, familiares y sociales en el cuidador.

Objetivo: determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y factores asociados.

Metodología: estudio analítico de corte transversal, que evaluó a 239 cuidadores de adultos mayores, de la parroquia Gualaceo, durante el período marzo – junio 2016. Los instrumentos utilizados se validaron mediante encuesta piloto test retest (alfa de cronbach 0,948 y r de Pearson 0,935). Los datos se tabularon en el software SPSS Statistics V 20. Se caracterizó a la población mediante estadística descriptiva y para determinar asociación, se hizo análisis bivariado y multivariado. Se aplicaron normas éticas y consentimiento informado.

Resultados: la prevalencia del síndrome de sobrecarga fue 7,95%. La media de edad de los cuidadores fue 46,19 años ($\pm 14,08$) y de los adultos mayores 80,81 años ($\pm 9,05$). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el síndrome y las características demográficas y socioeconómicas de cuidadores y adultos mayores. Los factores asociados a sobrecarga fueron: tiempo de cuidado (p 0,002), horas diarias (RP 7,70 IC95%: 2,83–20,92; p 0,000), dependencia del adulto mayor (RP 4,60 IC95%: 1,74–12,12; p 0,000), disfuncionalidad familiar (RP 4,44 IC95%: 1,69–11,62; p 0,000).

Conclusión: la prevalencia del síndrome fue baja y se asoció al tiempo y número de horas diarias dedicados al cuidado, dependencia del adulto mayor, disfuncionalidad familiar.

Palabras claves: sobrecarga, cuidador, adulto mayor.



ABSTRACT

Background: attend an older adult can be a stressor to overload the person performing this work. Overload syndrome is characterized by insidious and multisintomatic with medical, economic, family and social impact on the caregiver.

Objective: to determine the prevalence of caregiver burden the elderly and factors associated syndrome.

Methodology: analytical cross-sectional study, which evaluated 239 elderly caregivers, the Gualaceo parish, during the period March-June 2016. The instruments used were validated by pilot survey test retest reliability (Cronbach's alpha 0.948, Pearson's r 0.935). The data were tabulated in the SPSS Statistics software V 20. He characterized the population using descriptive statistics and to determine association, bivariate and multivariate analysis was done. Ethical standards and informed consent were applied.

Results: the prevalence of overload syndrome was 7.95%. The average age of caregivers was 46.19 years (\pm 14.08) and older adults 80.81 years (\pm 9.05). There was no statistically significant association between the syndrome and the demographic and socioeconomic characteristics of caregivers and older adults. Factors associated with overload were: time care (p 0.002), daily hours dedicated to this activity (PR 7.70 IC95%: 2.83–20.92; p 0.000); dependence (PR 4.60 IC95%: 1.74–12.12; p 0.000) of elderly and family dysfunction (PR 4.44 IC95%: 1.69–11.62; p 0.000).

Conclusion: the prevalence of the syndrome was low and was associated with the time and number of daily hours dedicated to the care, elderly dependency and family dysfunction.

Keywords: overload, caregiver, elderly.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
AGRADECIMIENTO	7
DEDICATORIA	8
1 INTRODUCCIÓN	9
1.1 Antecedentes.....	9
1.2 Planteamiento del problema.....	10
1.3 Justificación y uso de los resultados	12
2 FUNDAMENTO TEÓRICO	14
HIPÓTESIS (HI)	18
3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	18
3.1 Objetivo general	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
4 MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
4.1 Tipo de investigación y diseño general del estudio.....	19
4.2 Matriz de relación de variables.....	19
4.3 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación	19
4.4 Criterios de inclusión	20
4.5 Criterios de exclusión	20
4.6 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos	21
4.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos.....	22
5 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	23
5.1 Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables	23
5.2 Programas a utilizar para análisis de datos	23
6 RESULTADOS	24
7 DISCUSIÓN	31
8 CONCLUSIONES.....	39
9 RECOMENDACIONES	40
10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	46
ANEXO N° 1	46
ANEXO N° 2	47
ANEXO N° 3	48
ANEXO N° 4	49
ANEXO N° 5	51
ANEXO N° 6	52
ANEXO N° 7	54
ANEXO N° 8	55



Universidad de Cuenca



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

José Patricio Beltrán Carreño, autor de la tesis "Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados. Gualaceo, 2016", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 15 de febrero de 2017

José Patricio Beltrán Carreño

C.I: 0104375092



José Patricio Beltrán Carreño, autor de la tesis "Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados. Gualaceo, 2016", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Magíster en Investigación de la Salud. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 15 de febrero de 2017

José Patricio Beltrán Carreño

C.I: 0104375092



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, ser supremo, por el regalo de la vida, por darme la fuerza y capacidades, que me permiten hoy cumplir una nueva meta, trazada hace dos años.

A mi esposa y mi familia, por ser fuente inagotable de amor y apoyo para continuar con mi formación profesional.

A todos las personas que participaron de esta maestría, por su asesoría y guía, por su excelente pedagogía para transmitirme sus valiosos conocimientos.

El autor



DEDICATORIA

A mis padres, quienes me inculcaron principios de bien, han hecho de mí, el hombre que soy; porque me enseñaron a proponerme ideales y luchar hasta alcanzarlos.

A mi amada esposa, por ser mi amiga y compañera fiel, por su cariño y dedicación a lo largo de tantos años.

El autor



1 INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

El envejecimiento es un proceso natural, universal e irreversible. Los adultos mayores presentan un desgaste progresivo en sus capacidades físicas, funcionales, psicológicas y sociales, lo que los lleva a un estado de mayor vulnerabilidad, fragilidad y dependencia (1); directamente influenciado por la genética y los estilos de vida durante la infancia, adolescencia y edad adulta (2).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el porcentaje de adultos mayores sigue en incremento y se estima que esta tendencia se mantenga en los próximos años, a tal punto que para el 2050, llegue al 21% (3–5). En el Ecuador, el número de adultos mayores también se ha elevado, representando el 6,7% del total de habitantes (6), con una expectativa de vida que llega a los 75 años (1). Si bien se trata de un logro de la sociedad (7,8), este grupo etario es propenso a sufrir un mayor número de patologías crónicas, entre ellas problemas cardíacos, neurológicos y neumológicos, con diversos grados de afectación física y mental, siendo cada vez mayor, el número de personas en situación de dependencia, que necesitan cuidados permanentes (9). De acuerdo a estadísticas nacionales, 23% de adultos mayores tienen discapacidad permanente, mientras que el 30% cuentan con asistencia de alguien para su cuidado (6).

La atención que reciben los adultos mayores, debería ser personalizada y digna, guardando en todo momento armonía en esta interacción, con el fin de satisfacer, por un lado, los requerimientos del adulto mayor, y por el otro, las necesidades y aspiraciones de quien brinda los cuidados (1).

Sin embargo, los cuidadores, en muchas ocasiones, se ven obligados a interrumpir o modificar su ritmo habitual de vida, cumpliendo con actividades de alimentación, movilización, limpieza y otras, que pueden ser de mayor o menor complejidad, de acuerdo al grado de discapacidad o invalidez del adulto mayor; lo que, con el tiempo, puede generar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina “síndrome de sobrecarga del cuidador”,



“síndrome de burnout”, “síndrome del quemado”, entre otros, cuyas características son indispensables de identificar, para su tratamiento (9,10).

En Brasil, Baptista et al (2012), realizaron una revisión sistemática de 27 artículos, encontrando una prevalencia del síndrome de sobrecarga en cuidadores, del 62,96% (11). Martins et al (2012) publicaron un estudio con 124 cuidadores, en el cual el 57,6%, presentaban sobrecarga leve a moderada, siendo la dependencia funcional del adulto mayor, sexo del cuidador y el número de horas para el cuidado, factores de sobrecarga ($p < 0,05$) (12). Mientras, que en la investigación de Salazar y Torres (2015), en el centro de atención ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con 222 cuidadores, la prevalencia de síndrome de sobrecarga fue del 33%; ahí también se observó que 26% de adultos mayores tenían dependencia moderada y el 38%, dependencia severa (13).

A pesar de la existencia de estudios afines, se quiere profundizar en la prevalencia del síndrome de sobrecarga de cuidadores, con énfasis en su relación con determinados factores asociados, para brindarles una atención integral con un equipo multidisciplinario, que mejore su calidad de vida, y por ende, la de sus cuidados.

Se decidió desarrollar esta investigación en Gualaceo, por su importancia poblacional y por los cambios económicos y sociales presentes en este sector urbano-marginal de la provincia del Azuay.

1.2 Planteamiento del problema

Entre los años 2000 y 2050, la proporción de habitantes mayores de 60 años, a nivel mundial, pasará de 605 a 2000 millones (14,15). Este cambio demográfico será más dramático en América Latina y el Caribe, en donde el porcentaje de adultos mayores se modificó de 5,6% en 1950 a 9,9% en el 2010, con una proyección para el año 2100, superior al 35% (16). En el Ecuador, las personas de 65 años y más, superan el millón (6) y para el 2050 alcanzarán el 18% (17). Esta mayor esperanza de vida actual, con el consiguiente envejecimiento poblacional, plantea nuevos retos a la



familia, la comunidad y la sociedad, en el campo económico, sanitario y asistencial (5).

Los cambios propios del envejecimiento, sumados a condiciones socioeconómicas precarias, llevan a los adultos mayores a una situación de vulnerabilidad física y emocional, con pérdida de su autonomía, generando dependencia para realizar sus actividades cotidianas. Los adultos mayores, sobre todo aquellos dependientes, requieren de otra persona que atienda sus necesidades y les suministre apoyo (1,18). Se plantea que en el 2050, el número de adultos mayores, que no puedan valerse por sí mismos, se multiplicará por cuatro en los países en vías de desarrollo (14,15).

Por otro lado, muchos hogares no disponen de recursos económicos suficientes para costear pensiones en instituciones especializadas, que se hagan cargo del cuidado de los adultos mayores; por lo que la familia se convierte en la principal cuidadora (9,18).

Estos cuidadores informales no suelen tener capacitación en salud, con promotores que orienten y fortalezcan la práctica del cuidado, y en su mayoría, no perciben remuneración (10,19). Constantemente, su trabajo sobrepasa su propia capacidad física, mental y económica, convirtiéndose aquello en un evento altamente estresante, que genera sobrecarga crónica (18).

En Perú, Romero y Cuba (2013) en su estudio, con 93 cuidadores, encontraron que el 90,3% sufría algún grado de sobrecarga (75,2%, intensa y 15,1%, ligera); todos tenían síntomas somáticos; en el 97,9%, el cuidador era un familiar cercano (47,3% hijo/a) (20).

El cuidador primario se ve enfrentado diariamente a problemas de diversa índole, por lo que no es raro que claudique, como resultado de las exigencias permanentes de su actividad; en definitiva, se expone a diferentes factores y vive situaciones ignoradas tanto por la familia, la comunidad, como por el sistema de salud (18), con repercusiones negativas sobre sí mismo y la persona a su cuidado (10,21).



La investigación de Salazar y Torres (2015), realizada en una unidad de salud ambulatoria de Cuenca, se limitó a cuidadores de adultos mayores afiliados al Seguro Social, y no ahondó en factores asociados. Falta información apropiada y apegada a la realidad local de Gualaceo, que sirva de sustento científico a todos los actores sociales, encargados del bienestar de los adultos mayores y sus cuidadores.

PREGUNTA: ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados, en Gualaceo?

1.3 Justificación y uso de los resultados

Con los avances de la humanidad, se ha incrementado la esperanza de vida (7), han cambiando las principales causas de mortalidad y ha aumentado la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas y discapacidades físicas y mentales, que conllevan cierto grado de dependencia, sobre todo en adultos mayores, quienes requieren atención médica y asistencia permanente (22), por lo que se ha elevado el porcentaje de cuidadores (23).

Esta tarea supone un alto grado de compromiso emocional, físico y económico. La carga que llega a sufrir un cuidador es un hecho habitualmente ignorado, incluso por el personal sanitario, y no se considera su influencia negativa en el binomio cuidador y adulto mayor (9).

Por esta razón, es importante identificar tempranamente a cuidadores con síndrome de sobrecarga, junto a factores asociados al mismo. Estos datos permitirán disponer de una sociedad más sana y equitativa, si tomamos medidas para tener cuidadores sin sobrecarga que otorguen un mejor cuidado a los adultos mayores; y aportarán a la epidemiología zonal y beneficiarán a los cuidadores y sus asistidos, ya que las respuestas que se obtengan servirán de punto de partida para establecer medidas y programas de intervención multidisciplinarios en el cuidador, para la prevención, manejo y recuperación en patologías orgánicas y psicológicas desencadenadas por la actividad del cuidado, ajustados a nuestra realidad.



La información obtenida será difundida a través de su publicación en una revista indexada, la cual llegará a la comunidad científica y será útil para futuros proyectos de investigación.

Además, el estudio responde a la línea de investigación “Salud de los ancianos”, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y aporta a la sublínea “Estado del cuidador y la familia”, dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública (24).



2 FUNDAMENTO TEÓRICO

La OMS (1979) define como adulto mayor a la persona de más de 65 años de edad, en países desarrollados y de 60 años en países en vías de desarrollo (25). La Constitución de la República del Ecuador (2008) en el capítulo tercero del artículo 36 considera personas adultas mayores a aquellas que han cumplido los 65 años (26).

Actualmente, la población de adultos mayores se está incrementado considerablemente (27); la OMS señala que, para el año 2050, 80% de las personas de 60 años o más habitará en países en desarrollo (28). En 2016, en América Latina y el Caribe se estima que este grupo etario constituye el 11,5% de la población (29); entre los años 2006 y 2030, el número de adultos mayores aumentará un 140%, superando el crecimiento del 51% previsto para países desarrollados (28).

En Ecuador, en las provincias de Pichincha y Guayas viven más de 90.000 adultos mayores, en Azuay 37.691 y en Gualaceo 1.859; de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) el 30% se considera desamparado, el 50% reside en áreas rurales, el 90% vive acompañado, un 23% padece discapacidad permanente (6).

El proceso de envejecer es complejo, requiere de una intervención adecuada que promueva una mejor calidad de vida al adulto mayor, con un cuidado apropiado (15).

Collière define al cuidado como “una acción individual que la persona ejerce sobre sí misma, pero es también un acto de reciprocidad que se tiende a ofrecer a cualquier persona hasta que pueda valerse por sí misma (autonomía) o a quienes temporal o definitivamente, requieren ayuda para asumir sus necesidades vitales” (30).

Cuidador primario o principal es la persona que de manera regular se hace cargo de las necesidades físicas, emocionales o sociales de un enfermo o lo supervisa en su vida diaria (3,7,10,31,32). De acuerdo a estudios internacionales, se calcula que un 49,5% de adultos mayores tiene cuidador (33); en cerca del 85% de casos, el cuidado es informal, es decir, se realiza en el propio hogar, sin la intervención de la sociedad y sin recibir remuneración (34); centrándose principalmente en el cónyuge



(44%), los hijos (42%), seguido de hermanos y otros parientes próximos (35); generalmente de sexo femenino. En la investigación de Cardona et al, en Colombia, de los 312 cuidadores, el 80,1% fueron mujeres (36).

La actividad de cuidar tiene aspectos positivos (por la posibilidad de un ambiente más humanizado y confiable) y negativos (desgaste, conflictos inter familiares), cuyas decisiones pueden restringir la libertad del adulto mayor (9). Involucra responsabilidades y esfuerzos, situación que si no se maneja adecuadamente, puede traer repercusiones físicas, mentales, médicas y socioeconómicas y comprometer la salud del cuidador y de la persona a su cargo (10,32,37).

El síndrome de sobrecarga del cuidador surgió en 1960 (21); corresponde a una experiencia subjetiva, en relación a las demandas de cuidado; se caracteriza por ser un cuadro multisintomático, que afecta de manera insidiosa y progresiva, su prevalencia varía entre el 12 a 45,8% en estudios nacionales y mundiales (9,18,38,39). Tiene un componente objetivo que corresponde a todos los cambios demostrables, que se ve obligado a realizar el cuidador en su vida, y uno subjetivo, que tiene que ver con las reacciones emocionales frente a las demandas intensas de cuidado *per se*, que pueden llevarlo a tal grado de angustia y frustración, que finalmente colapse y se enferme (9,38).

En México, Domínguez et al (2008) hablan de una variabilidad en el nivel de estrés que experimenta un cuidador, que puede llegar a afectar la salud hasta en un 40% de casos (38).

Hay varios test que determinan el nivel de sobrecarga, entre ellos, el más conocido es el de Zarit (21), creado por Zarit et al en 1980 (8), y adaptado al español por Martín et al en 1996 (40), donde obtuvo un alfa de Cronbach de 0,91, y una fiabilidad de test retest de 0,71. La escala contempla 22 ítems para medir subjetivamente la carga impuesta sobre la salud, el bienestar psicológico, las finanzas, la vida social y la relación con el paciente (41).



Rivera et al (2011) encuestaron a 100 cuidadores primarios de pacientes de una clínica en México y establecieron, según la escala de Zarit, que el 25% sufría de sobrecarga: 11%, sobrecarga intensa y 14%, sobrecarga leve (23).

Vélez Lopera et al (Colombia, 2012), validaron la escala de Zarit en su versión original y abreviada, con 312 cuidadores principales de adultos mayores, la prevalencia de sobrecarga fue del 12,17% (42).

Manso Martínez et al (España, 2013) valoraron a través de la escala de Zarit la sobrecarga percibida en 88 personas cuidadoras familiares de adultos mayores dependientes, hallando sobrecarga leve (hombres: 47– 55) e intensa (mujeres: > 56) (43).

Persona dependiente es aquella que por su edad, enfermedad o discapacidad, asociado a la pérdida de autonomía física o mental, precisa permanentemente de la atención o ayuda de otra, para realizar sus actividades diarias (9). Barthel definió la dependencia como: *“la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”* (10).

La dependencia se puede evaluar mediante varios test, pero se recomienda el Índice de Barthel, para centros de rehabilitación y domicilios (44). Valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de actividades de la vida diaria: alimentación, baño, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulación y subir escaleras; cuyo deterioro involucra la asistencia de otra persona, en diferentes grados (45). Fue creado en Maryland, por Barthel y Mahoney (1955), para medir la evolución de pacientes con enfermedades neuromusculoesquelético (44–46). Su índice de Kappa interobservador oscila entre 0,47 y 1,00 e intraobservador entre 0,84 y 0,97. El alfa de Cronbach de su versión original es de 0,86–0,92 (47).

En el estudio de Martins et al, con 574 adultos mayores y 124 cuidadores, la dependencia del adulto mayor constituyó un factor de riesgo para sobrecarga del cuidador ($p < 0,05$) con una prevalencia de 20,6% (12).



Entre las características sociodemográficas y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador, están la edad, a mayor edad, mayor posibilidad de padecer sobrecarga (45% de cuidadores deberían en realidad ser cuidados); el tiempo diario dedicado al cuidado (16); el estado civil casado, la pobreza, el bajo nivel educativo (7).

En la investigación ya mencionada de Cardona et al, el 50% de los cuidadores con sobrecarga tenían $\leq 56,5$ años; la sobrecarga fue mayor en mujeres (81,6%); los cuidadores con estudios universitarios y de estrato socioeconómico alto, registraron apenas un 5,3%, de prevalencia del síndrome, cuidadores de estrato alto-alto no reportaron sobrecarga. Cuanto más fueron las horas al día dedicadas al cuidado, mayor fue la presencia del síndrome ($p < 0.001$). Cuidadores con estado de salud regular o malo, mostraron mayor sobrecarga ($p < 0.00$). Para la variable sobrecarga, no hubo diferencias significativas según la edad, estado civil, o parentesco del cuidador, tipología familiar, tiempo dedicado a la atención del adulto mayor, retribución económica. La edad del adulto mayor no difirió entre los cuidadores con o sin sobrecarga (77 y 73 años respectivamente) (18).

En el estudio cualitativo de Chaves y Souza (2012), realizado en Brasil, la unión y apoyo familiar predispuso a una menor sobrecarga en el cuidador (48).



HIPÓTESIS (HI)

La prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor es superior al 30% y está asociado a factores dependientes del cuidador, del adulto mayor y de la familia.

3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados, en Gualaceo, 2016.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a la población de cuidadores y adultos mayores, según las variables demográficas y socioeconómicas.
- Determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor, según su grado, mediante la “Escala de Zarit”.
- Determinar la prevalencia de los factores asociados al síndrome de sobrecarga, dependientes del cuidador (tiempo de cuidado, horas diarias al cuidado y retribución económica); del adulto mayor (grado de dependencia) y de la familia (tipología y funcionalidad familiar).
- Establecer la relación entre el síndrome de sobrecarga del cuidador y los factores asociados.

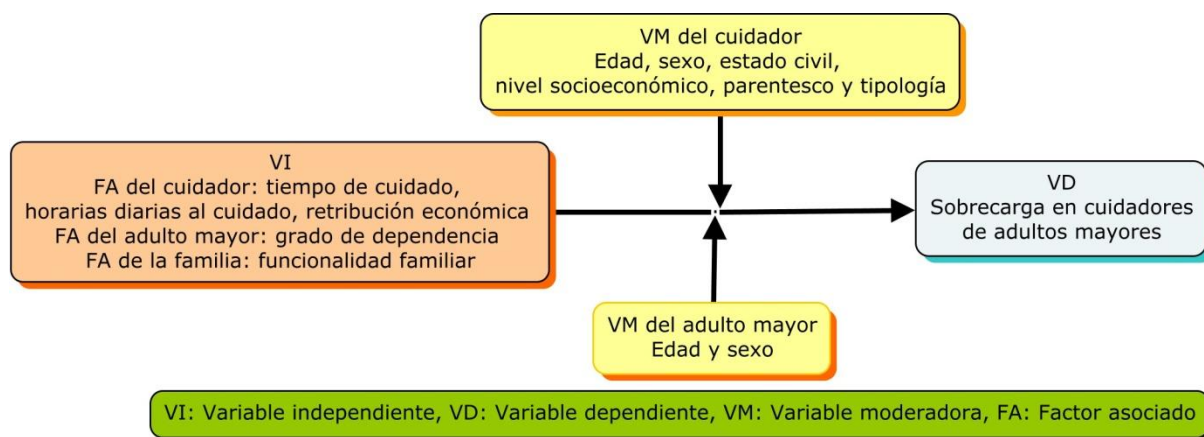
4 MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de investigación y diseño general del estudio

Se trató de un estudio analítico de corte transversal, mediante el cual se pudo identificar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados, en la parroquia Gualaceo, perteneciente a la provincia del Azuay, ubicada a 36 km de la ciudad de Cuenca, con una extensión de 40,9km². Dividida en 4 zonas de intervención, de acuerdo a la Planificación Nacional Territorial.

4.2 Matriz de relación de variables

Gráfico N° 1. Matriz de relación de variables. 2016



Elaborado por: El autor.

Anexo N°8 (matriz de operacionalización de variables).

4.3 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación

El universo estuvo constituido por 558 cuidadores de adultos mayores (65 años o más) que residían en la parroquia Gualaceo, durante el período marzo – junio del año 2016, registrados en el Ministerio de Salud Pública (fichas familiares), en el Ministerio de Inclusión Económica y Social (bono Joaquín Gallegos Lara), en el



censo Manuela Espejo, de pacientes con discapacidad y en el club de adultos mayores.

La muestra fue probabilística y con selección aleatoria simple, su tamaño se calculó tomando en cuenta los grupos poblacionales específicos y considerando los factores asociados, mediante la fórmula indicada para estudios transversales con población conocida:

$$n = \frac{(N z^2) p \cdot q}{e^2 (N - 1) + (z^2 \cdot p \cdot q)}$$

N: población total. z^2 : nivel de confianza. p: los que tienen la enfermedad. q: los que no tienen la enfermedad. e^2 : error al cuadrado

Tamaño de la población (N): 558 cuidadores

Frecuencia Esperada (p): 33%

Margen de error (e): 5%

Nivel de confianza (z): 95%

Pérdidas esperables: 10%

La prevalencia de la enfermedad, en cuidadores principales de adultos mayores, según estudios a nivel mundial, llega al 33% (18). El resultado estableció una muestra de 211 cuidadores; ajustado al 10% de pérdidas, la muestra final fue de 239 participantes.

4.4 Criterios de inclusión

- Cuidador principal.
- Que acepte participar de la investigación (firma del Consentimiento Informado).

4.5 Criterios de exclusión

- Cuidadores que atiendan a dos o más adultos mayores.



4.6 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos

La información se recolectó con la técnica de la entrevista estructurada, mediante un formulario diseñado por el autor (Anexo N° 1), previamente validado a través de un estudio piloto en un cantón de similares características sociodemográficas, con test retest a 30 cuidadores de adultos mayores, con características similares a la población de estudio, cuyos resultados fueron: escala de Zarit (alfa de cronbach 0,948 y correlación r de Pearson 0,935), Índice de Barthel (alfa de cronbach 0,960 y correlación r de Pearson 0,990), Test de APGAR (alfa de cronbach 0,940 y correlación r de Pearson 0,981). Se aplicó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Anexo N° 3), validada en Chile 2009 (41), el cuidador tenía que indicar la frecuencia con la que se siente así, empleando una escala con 5 opciones de respuesta, que van desde 0 (nunca), hasta 4 (casi siempre); con un rango entre 0 y 88 puntos, [sin sobrecarga: < 47, sobrecarga leve: 47–55, intensa: > 55 (18,22,41)]. Para determinar el grado de dependencia del adulto mayor se empleó el Índice de Barthel (Anexo N° 4), validado en España 1997(47) [dependencia total: 0–20, severa: 21–60, moderada: 61–90, escasa: 91–99, independencia:100 (22)]. La funcionalidad familiar se evaluó mediante el Test de APGAR modificado (Anexo N° 5), validado en España 1996 (49) [normofuncional: 17–20, disfunción leve: 13–16, moderada: 10–12 y severa: ≤ 9 (50)]. La encuesta del INEC (Anexo N° 6) sirvió para la estratificación del nivel socioeconómico del hogar [características de la vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación y actividad económica: bajo: 0 – 316, medio bajo: 316,1 – 535, medio típico: 535,1– 696, medio alto: 696,1–845, alto: 845,1–1000 (51)].

En el proceso intervino el autor, encargado de la zona 2 y una médica general responsable de las zonas 1, 3 y 4, a quien se le capacitó con un taller de 8 horas teórico prácticas, con evaluación para garantizar la correcta obtención de los datos (Anexo N° 7).

Todos los días, durante las visitas domiciliarias, se encuestó a los cuidadores de adultos mayores. Se mantuvieron reuniones semanales con la encuestadora para solventar inconvenientes surgidos. La base de datos se depuró constantemente,



llamando por teléfono o visitando nuevamente a los participantes, para obtener información faltante. El autor realizó el control de calidad de los datos.

4.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

El Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas aprobó el protocolo de investigación.

Todos los cuidadores participantes firmaron un Consentimiento Informado (Anexo N° 2), en el cual se indica el objetivo del estudio y su metodología, se menciona además los beneficios personales y colectivos de colaborar con el mismo; verificando su asimilación.

Ninguno se retiró del estudio. No recibieron retribución económica.

No se ocasionó daño moral, físico o psicológico a los encuestados.

Se garantizó en todo momento la confidencialidad de la información.

Los consentimientos informados, las hojas de encuestas y la base de datos están bajo la custodia del autor.



5 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

Para caracterizar a la población se utilizó estadística descriptiva, presentada en tablas simples con valores de frecuencia y porcentaje, medidas de tendencia central (media y mediana); y de dispersión (desviación estándar). Para determinar asociación entre sobrecarga y sus factores, se aplicó análisis bivariado utilizando tablas de contingencia de 2x2, razón de prevalencia (RP), con intervalo de Confianza (IC) del 95%, chi Cuadrado de Pearson (p), con significancia estadística $< 0,05$; para las variables cuantitativas con distribución no normal, U De Mann-Whitney; y análisis multivariado con regresión logística y lineal.

5.2 Programas a utilizar para análisis de datos

La información obtenida de las encuestas realizadas se ingresó en una base de datos utilizando el software estadístico SPSS Statistics V 20, donde se realizó combinación de variables y tablas para el análisis estadístico de los resultados.

Para la redacción del informe final se empleará el software Microsoft Office Word.

6 RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación, en la que participaron 239 cuidadores e igual número de adultos mayores.

Tabla N° 1
Características demográficas y socioeconómicas de la población de adultos mayores y cuidadores. Gualaceo – Ecuador 2016.

		n= 239	%= 100
Edad del adulto mayor*	64 a 74 años	62	25,94
	75 a 84 años	86	35,98
	85 o más años	91	38,08
Sexo del adulto mayor	Hombre	85	35,56
	Mujer	154	64,44
Edad del cuidador**	< 47 años	124	51,88
	47 o más años	115	48,12
Sexo del cuidador	Hombre	34	14,23
	Mujer	205	85,77
Estado Civil del cuidador	Soltero/a	74	30,96
	Casado(a)	128	53,56
	Unión libre	8	3,35
	Viudo/a	8	3,35
	Divorciado/a	21	8,79
Nivel Socioeconómico del cuidador	Bajo	62	25,94
	Medio bajo	120	50,21
	Medio típico	53	22,18
	Medio alto	3	1,26
	Alto	1	0,42

*Media= 80,81 ($\pm 9,05$)

**Media= 46,19 ($\pm 14,08$)

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: El autor.

El 38,08% de adultos mayores fueron longevos (85 o más años), seguidos por los adultos mayores “mayores” (75 a 84 años) (35,98%), y los adultos mayores jóvenes (65 a 74 años) (25,94%); siendo del sexo femenino el 64,44%.

El 51,88% de cuidadores de adultos mayores tuvo una edad menor a 47 años.

Las mujeres fueron las principales encargadas de la asistencia a los adultos mayores (85,77%).

De acuerdo al estado civil, 128 cuidadores estaban casados al momento de la entrevista, seguidos en número, por los solteros (74).

Ciento ochenta y dos cuidadores (76,15%) tenían un nivel socioeconómico bajo y medio bajo.

Tabla N° 2
Características demográficas, socioeconómicas, parentesco y tipología familiar de la población de cuidadores de adultos mayores y nivel de sobrecarga. Gualaceo - Ecuador 2016.

		Sobrecarga*			p
		Ausente	Ligera	Intensa	
		n=220 (%92,05)	n=11 (%4,60)	n=8 (%3,35)	
Edad**	< 47 años	117 (48,95)	5 (2,09)	2 (0,84)	0,266
	47 o más años	103 (43,10)	6 (2,51)	6 (2,51)	
Sexo	Hombre	31 (12,97)	1 (0,42)	2 (0,84)	0,606
	Mujer	189 (79,08)	10 (4,18)	6 (2,51)	
Estado Civil	Soltero/a	67 (28,03)	4 (1,67)	3 (1,26)	0,652
	Casado/a	120 (50,21)	5 (2,09)	3 (1,26)	
	Unión libre	8 (3,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	
	Viudo/a	8 (3,35)	0 (0,00)	0 (0,00)	
	Divorciado/a	17 (7,11)	2 (0,84)	2 (0,84)	
Nivel Socioeconómico	Bajo	55 (23,01)	4 (1,67)	3 (1,26)	0,503
	Medio bajo	113 (47,28)	6 (2,51)	1 (0,42)	
	Medio típico	48 (20,08)	1 (0,42)	4 (1,67)	
	Medio alto	3 (1,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	
	Alto	1 (0,42)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Parentesco	Esposo/a	24 (10,04)	1 (0,42)	2 (0,84)	0,910
	Hijo/a	131 (54,81)	6 (2,51)	4 (1,67)	
	Otro	62 (25,94)	4 (1,67)	2 (0,84)	
	Ninguno	3 (1,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Tipología familiar	Extensa	77 (32,22)	4 (1,67)	4 (1,67)	0,500
	Nuclear íntegra	64 (26,78)	1 (0,42)	1 (0,42)	
	Nuclear ampliada	22 (9,21)	3 (1,26)	0 (0,00)	
	Monoparental	54 (22,59)	3 (1,26)	3 (1,26)	
	Reconstituida	3 (1,26)	0 (0,00)	0 (0,00)	

*Escala de Zarit

**Media= 46,19 ($\pm 14,08$)

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: El autor.

De los 239 cuidadores de adultos mayores, el 7,95% presentó sobrecarga.

No se encontró asociación estadística entre su edad y el nivel de sobrecarga, que en el 92,05% estuvo ausente (p 0,266).

Se descubrió mayor porcentaje de sobrecarga ligera (4,18 vs. 0,42) e intensa (2,51 vs. 0,84) en las mujeres (p 0.606).

De acuerdo al estado civil, se dio más sobrecarga en los casados (3,35%) y solteros (2,93%) sin ser este resultado estadísticamente significativo (p 0,652).

Los cuidadores con un nivel socioeconómico bajo y medio bajo manifestaron mayor porcentaje de sobrecarga, en relación a los de estratos superiores (valor de p 0,503).

Los hijos (58,99%) y otros familiares (28,45%) son los que más se encargan del cuidado del adulto mayor. Se registró mayor porcentaje de sobrecarga ligera e intensa en los hijos (4,18%); en los cónyuges existió 1,26% de sobrecarga (p 0,910).

En cuanto a tipología familiar, las extensas fueron las más numerosas (85), seguidas de las nucleares íntegras (66) y las monoparentales (60); los miembros de familias extensas tuvieron más altos niveles de sobrecarga (3,34%), respecto de los demás (p 0.500).

Tabla N° 3
Características demográficas de la población de adultos mayores y nivel de sobrecarga. Gualaceo – Ecuador 2016.

		Sobrecarga*			p
		Ausente	Ligera	Intensa	
		n=220 (%92,05)	n=11 (%4,60)	n=8 (%3,35)	
Edad**	65 - 74 años	59 (24,69)	1 (0,42)	2 (0,84)	0,663
	75 - 84 años	77 (32,21)	6 (2,51)	3 (1,25)	
	85 o más años	84 (35,14)	4 (1,67)	3 (1,25)	
Sexo	Masculino	78 (32,64)	4 (1,67)	3 (1,26)	0,991
	Femenino	142 (59,41)	7 (2,93)	5 (2,09)	

*Escala de Zarit

**Media= 80,81 ($\pm 9,05$)

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: El autor.

Se encontró mayor sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores “mayores” (3,76%); sin diferencia estadísticamente significativa (p 0,663).

Los cuidadores que atendían a mujeres tuvieron más sobrecarga (5,02% vs. 2,93%). No se observó significancia estadística entre la presencia de sobrecarga o sus niveles, con el sexo del adulto mayor (p 0,991).

Tabla N° 4
Sobrecarga y factores asociados dependientes del cuidador, del adulto mayor y de la familia. Gualaceo - Ecuador 2016.

Factores asociados		Sobrecarga*		RP	IC 95%	p
		Si	No			
		n=19 (%7,95)	n=220 (%92,05)			
Tiempo de cuidado**	6 o más años	8 (3,35)	81 (33,89)	1,24	0,48 - 3,23	0,647
	< 6 años	11 (4,60)	139 (58,16)			
Horas diarias al cuidado***	9 o más horas	9 (3,77)	23 (9,62)	7,70	2,83 - 20,92	0,000
	< 9 horas	10 (4,18)	197 (82,43)			
Retribución económica	Si	7 (2,93)	20 (8,37)	5,83	2,06 - 16,49	0,000
	No	12 (5,02)	200 (83,68)			
Dependencia	Si	14 (5,86)	117 (48,95)	2,46	0,85 - 7,07	0,085
	No	5 (2,09)	103 (43,10)			
Dependencia	T-S-M	13 (5,44)	95 (39,75)	2,85	1,04 - 7,77	0,034
	E-I	6 (2,51)	125 (52,30)			
Dependencia	T-S	9 (3,77)	36 (15,06)	4,60	1,74 - 12,12	0,001
	M-E-I	10 (4,18)	184 (76,99)			
Dependencia	T	6 (2,51)	16 (6,69)	5,88	1,97 - 17,55	0,000
	S-M-E-I	13 (5,44)	204 (85,36)			
Disfuncionalidad familiar	Si	14 (5,86)	108 (45,19)	2,90	1,01 - 8,33	0,040
	No	5 (2,09)	112 (46,86)			
Disfuncionalidad familiar	S-M	11 (4,60)	52 (21,76)	4,44	1,69 - 11,62	0,001
	L-F	8 (3,35)	168 (70,29)			
Disfuncionalidad familiar	S	8 (3,35)	25 (10,46)	5,67	2,08 - 15,44	0,000
	M-L-F	11 (4,60)	195 (81,59)			

*Escala de Zarit

**Media= 6,11 ($\pm 6,01$)

***Media= 5,58 ($\pm 6,14$)

Dependencia: T= Total; S= Severa; M= Moderada; E= Escasa e I= Independiente.

Disfuncionalidad Familiar: S= Severa; M= Moderada; L= Leve y F= Funcional

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: El autor.

Los cuidadores que tenían 6 o más años a cargo de un adulto mayor (37,24%), no mostraron riesgo de desarrollar síndrome de sobrecarga.

El 86,61% dedicaba menos de 9 horas diarias al cuidado del adulto mayor, los que realizaban esta actividad por más tiempo, si presentaron 7,7 veces más riesgo (p 0,000).

El 88,7% de cuidadores no percibía ninguna retribución económica, pero se identificó que recibir esta compensación incrementa el riesgo 5,83 veces (p 0,000).

Los adultos mayores dependientes (54,81%) generan síndrome de sobrecarga 2,46 veces más que aquellos sin dicha condición, aunque no hubo significancia estadística (p 0,085). Al comparar el riesgo de sobrecarga, de acuerdo a los grados de dependencia de la persona al cuidado, se observó que quienes asisten a adultos mayores con dependencia total, severa o moderada incrementan la posibilidad de desencadenar este trastorno de forma significativa, incluso hasta 5,88 veces (p



0,000), cuando aquella es total (9,2%).

La disfuncionalidad en las familias de los cuidadores tuvo una prevalencia del 51,05%, siendo un factor asociado significativo (2,90 veces) para sobrecarga (p 0.040). A medida que empeora la funcionalidad del hogar, se incrementa dicho riesgo (5,67 veces en los casos de disfuncionalidad severa; p 0,000).

Tabla N° 5
Sobrecarga y tiempo dedicado al cuidado del adulto mayor.
Gualaceo - Ecuador 2016.

Factores asociados	Sobrecarga*	n	Rango	Mediana	p
Tiempo de cuidado (años)	Si	19	0,58 - 30	5,00	0,153**
	No	220	0,08 - 30	4,00	
Horas diarias al cuidado	Si	19	2 - 24	8,00	0,000**
	No	220	1 - 24	3,00	

*Escala de Zarit

**U De Mann-Whitney

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: El autor.

La media de años que dedican los cuidadores al adulto mayor, no fue estadísticamente significativa, para presentar sobrecarga.

Por el contrario, si hubo diferencia estadística, entre la media de horas destinadas al cuidado y el síndrome.

Tabla N° 6
Regresión logística de sobrecarga y factores asociados dependientes del cuidador, del adulto mayor y de la familia. Gualaceo – Ecuador 2016.

	B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Edad del cuidador	0,032	0,144	1,032	0,989	1,077
Sexo del cuidador (mujer)	-0,444	0,562	0,642	0,143	2,876
Estado civil del cuidador (solo)	1,014	0,112	2,756	0,79	9,609
Nivel socioeconómico	0,001	0,629	1,001	0,997	1,006
Parentesco (cercano)	-0,431	0,509	0,65	0,18	2,338
Tipología familiar (monoparental)	0,037	0,956	1,038	0,278	3,877
Edad del adulto mayor	-0,026	0,437	0,974	0,911	1,041
Sexo del adulto mayor (mujer)	-0,226	0,718	0,798	0,234	2,715
Tiempo de cuidador (5 años)	0,542	0,362	1,72	0,536	5,521
Horas de cuidado (8 horas)	2,204	0	9,061	2,853	28,776
Dependencia (T + S)	1,691	0,008	5,427	1,548	19,031
Disfuncionalidad (S + M)	1,344	0,02	3,835	1,237	11,888
Constante	-3,859	0,213	0,021		

Dependencia: T= Total y S= Severa.

Disfuncionalidad Familiar: S= Severa y M= Moderada.

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: El autor.

Al aplicar el modelo de regresión logística binaria para ajustar el riesgo de síndrome de sobrecarga con los potenciales factores asociados, se vio que las horas diarias dedicadas al cuidado, la dependencia del adulto mayor y la disfuncionalidad familiar se mantienen con significancia estadística como generados de la enfermedad.

Los demás factores si bien aumentan o disminuyen el riesgo de sobrecarga, al ser ajustados por las demás variables independientes y moderadoras no tuvieron valores significativos.

Se retiró del modelo la variable retribución económica, ya que influye negativamente sobre el nivel de dependencia del adulto mayor.

Tabla N° 7
Regresión lineal de sobrecarga y factores asociados dependientes del cuidador, del adulto mayor y de la familia. Gualaceo – Ecuador 2016.

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error tip.	Beta		
(Constante)	35,614	3,846		9,261	0
Total Índice de Barthel	-0,127	0,031	-0,237	-4,041	0
Total APGAR Familiar	-0,662	0,18	-0,213	-3,686	0
Tiempo de cuidado (años)	0,444	0,145	0,174	3,068	0,002
Horas diarias al cuidado	0,658	0,144	0,264	4,561	0

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: El autor.

Luego de la aplicación de varios modelos de regresión lineal con todas las variables cuantitativas del estudio, se determinó que el Índice de Barthel, APGAR familiar y horas diarias al cuidado, se mantienen como factores asociados significativamente a sobrecarga; con este ajuste multivariante, la variable tiempo de cuidado incrementa significativamente el riesgo (p 0,002).

Por cada punto que incrementa el Índice de Barthel, la Escala de Zarit disminuye 0,12; por el APGAR, Zarit disminuye 0,66; por cada año del tiempo de cuidado se incrementa en 0,44 el puntaje de Zarit y por cada hora de cuidado al día se incrementa el puntaje de Zarit 0,65 (p 0,000).

La sobrecarga del cuidador depende al menos en un 25%, de estas cuatro variables de acuerdo al R cuadrado.



7 DISCUSIÓN

El cuidador del adulto mayor es la persona encargada de cubrir sus necesidades básicas y supervisar sus acciones cotidianas; generalmente tiene lazos de parentesco y carece de preparación formal para realizar sus actividades (16,52).

Su tarea es invaluable para generar bienestar (53), lo que afecta su vida, disminuyendo muchas veces el tiempo dedicado al trabajo, la familia y los amigos, sobrepasando su capacidad física y mental, lo que le produce temor, ansiedad o angustia, conformando un evento estresante crónico, conocido como sobrecarga (16,18).

La sobrecarga incrementa la demanda del sistema sanitario, los gastos económicos y afecta la atención del adulto mayor, lo que a la larga desmejora la calidad de vida del binomio.

Se realizó un estudio sobre la presencia de síndrome de sobrecarga en 239 cuidadores de adultos mayores residentes en Gualaceo, durante un período de 6 meses, y se determinó su asociación con factores propios del cuidador, del adulto mayor y de la familia.

La prevalencia del síndrome fue inferior a la planteada en la hipótesis (7,95% vs. 30%) y a la reportada en la literatura.

Espín (Cuba, 2012) estudió a 192 cuidadores informales, aplicando también la Escala de Zarit, encontró sobrecarga en el 52,1% (8). Vásquez et al (Colombia, 2012), con entrevista a 70 cuidadores principales, determinó una prevalencia del 27,10% (54). Salazar y Torres (Cuenca – Ecuador, 2015), investigaron a 222 cuidadores, de ellos, el 33% padecía el síndrome de sobrecarga (13).

Esta baja frecuencia podría deberse a un subregistro, ya que las encuestas se realizaron en los domicilios y en algunos de los casos cerca del familiar, pudiendo haber ocultado información respecto a sentimientos negativos, por cariño, apego o respeto al adulto mayor, creando sesgos del participante, difíciles de controlar.



Numerosos estudios han demostrado que en la edad media de la vida es en donde más se observa el rol de cuidador (55).

La media de edad de los cuidadores fue 46,19 años ($\pm 14,08$), 51, 88% menores de 47 años; sin asociación estadística entre la misma y el nivel de sobrecarga.

Flores et al (Chile, 2012) en su publicación, sobre 67 cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia severa, reportaron una media de edad superior, 58,6 años ($\pm 12,9$), donde el 85,2% era mayor de 45 años (10).

En el trabajo de Lema y Bernui (Perú, 2012), la media de edad fue 52 años ($\pm 10,5$), no hallaron relación entre el síndrome de sobrecarga y la edad de los cuidadores (56).

La menor edad de los participantes de esta investigación, respecto de estudios citados, se explicaría, como se indica más adelante, por el hecho de que gran parte de los cuidadores son hijos de los adultos mayores, y no cónyuges o hermanos, por ejemplo.

Las mujeres fueron las principales encargadas de la asistencia a los adultos mayores. Se descubrió mayor porcentaje de sobrecarga ligera e intensa (6,69% vs. 1,26%) en ellas, sin relevancia estadística ($p = 0.606$).

Este patrón se repite en todos los artículos revisados. Ortiz et al (Colombia, 2013) analizaron a 252 cuidadores, un 87,7% de cuidadores fueron mujeres, concluyeron que “el grado de sobrecarga dependía del sexo ($p = 0,04$): la sobrecarga intensa prevalecía en mujeres” (57).

Prieto et al (México, 2015) coincidieron en una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.028$; IC 95%: 1.07–4.3) (58).

En la actualidad, a pesar de la mayor inserción laboral de la mujer, los datos refuerzan la idea de que el papel de cuidadora principal le continúa siendo delegado,



debiendo asumir este rol históricamente asignado por la cultura y la sociedad (59,60).

Más de la mitad de cuidadores (53,56%) eran casados, seguidos por los solteros (30,96%). Hubo más sobrecarga en el primer grupo (3,35%; $p = 0,652$).

Velázquez y Espín (Cuba, 2014), incluyeron 24 cuidadores informales en su investigación, con valores semejantes: casados (54,1%), seguidos por solteros (45,8%). Dichos autores comentan que aquello tiene mucha relación con el hecho de que la mayoría son de edad media y en este momento de la vida es frecuente que tengan constituida ya una familia, lo que pudiera repercutir incluso, en su salud física y emocional, por encontrarse sujetos tanto a obligaciones y responsabilidades de sus propios hogares, como de atención al adulto mayor (55).

Cuidadores de nivel socioeconómico bajo y medio bajo manifestaron mayor porcentaje de sobrecarga, en relación a los de estratos superiores, pero sin significancia estadística ($p = 0,503$).

Cerquera et al (Colombia, 2014) con 100 sujetos, entre hombres y mujeres, no encontraron tampoco relación significativa ($p = 0,679$), consideran que pueden existir otros factores que influyen en los niveles de sobrecarga. Los hogares con una posición socioeconómica más desfavorable, se dedican de forma más intensa al cuidado del adulto mayor, pues la falta de dinero les resta la posibilidad de acceder a servicios médicos y la opción de contratar a una persona para que realice aquella función, dando origen a posibles complicaciones físicas y/o psicológicas (61).

Los hijos fueron los principales encargados del cuidado, y demostraron mayor sobrecarga ligera e intensa (4,18%; $p = 0,910$). Apenas el 11,3% de encuestados eran los esposos.

Corbalán et al (España, 2013) determinaron también un predominio de los hijos



como cuidadores del paciente (56,3%), seguidos de la pareja (31,3%) y otros familiares (12,5%) (62). Cerquera et al (Colombia, 2012) indicaron en su artículo que el cuidado de los adultos mayores, en el 55,8%, era ejercido por los hijos, quienes culturalmente asumen esta inversión de roles como algo normal, por lo que el parentesco cercano no incrementó el riesgo de sobrecarga (63).

Las familias extensas fueron los más numerosos (35,56%), seguidas de las nucleares íntegras (27,62%) y monoparentales (25,11%); contrariamente a lo que se pensaría, los cuidadores pertenecientes a familias extensas tuvieron niveles más altos de sobrecarga (3,34%; $p = 0,500$).

Flores et al, al correlacionar la sobrecarga global y las variables número de personas que ayudan y número de personas que viven en el hogar, no comprobaron asociación (10).

Barrera et al (Colombia, 2011) advierten una situación alarmante, pues la mayoría de los cuidadores (70%) no consideran recibir apoyo de los demás familiares de la casa (64).

Este trabajo no debería recaer en un individuo únicamente, sobre todo si hay más miembros en la casa, tendría que ser compartido, porque la carga y costos asociados son muy altos (10).

Respecto a las características de la población asistida, el 38,08% fueron longevos (85 o más años); el 35,98%, adultos mayores “mayores”, y sus cuidadores tuvieron más sobrecarga (3,75%); sin diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,663$).

El 64,43% correspondió a mujeres, tal vez por su mayor esperanza de vida en nuestro país (62). No se observó diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de sobrecarga o sus niveles, con el sexo del adulto mayor, a pesar de que aquel fue más frecuente en los cuidadores que atendían a mujeres (5,02% vs. 2,93%). Similar a lo descrito en artículos examinados.



En el proyecto de Nardi et al (Brasil, 2013), participaron 178 cuidadores familiares, la mayoría de adultos mayores eran del sexo femenino (57,3%), viudos (51,7%), con promedio de edad de 79,9 años ($\pm 9,1$), variando entre 61 y 103 años. Gran parte se encontraba en el intervalo de edad de 80 años y más (48,3%) (59).

Cada vez existen más cuidadores a cargo de personas con un rango de edad más alto, aspecto que se relaciona con la prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores (64).

El 62,76% de cuidadores tenía menos de 6 años a cargo de un adulto mayor (37,24%). Inicialmente el tiempo de cuidado no mostró riesgo de desarrollar síndrome de sobrecarga, no obstante, cuando se aplicó regresión logística lineal, presentó asociación significativa.

El 86,61% dedicaba menos de 9 horas diarias al cuidado, los que realizaban esta actividad por más tiempo, tuvieron un riesgo 7,7 veces superior ($p < 0,000$).

La media de años de atención de los cuidadores, no fue estadísticamente significativa; por el contrario, si hubo diferencia entre la media de horas al cuidado y síndrome de sobrecarga.

En un estudio colombiano del 2013, no se obtuvieron diferencias significativas según el tiempo que el cuidador lleva en su función (OR 1,01 IC95%: 0,95–1,07; $p < 0,94$) y el número de días a la semana (OR 1,03 IC95%: 0,65–1,64; $p < 0,77$), pero sí en cuanto al mayor número de horas diarias (OR 1,34 IC95%: 1,13–1,61; $p < 0,001$).

Otros autores hacen deducciones similares, con un tiempo promedio de 10,6 horas diarias (18).

Eterovic et al (Chile, 2015) estudiaron 151 voluntarios, el 66% cuidaba entre 6 meses y 10 años, un 28% lo hacía por más de 10 años. Mientras mayor es el tiempo al cuidado de un familiar más posibilidad existe de sufrir trastornos físicos y



mentales, por la exigencia de velar por el otro, sin contar con la preparación y, en muchas ocasiones, con el apoyo necesarios para ello. El cuidado, por tanto, se define como una actividad que se prolonga en el tiempo, y con los avances tecnológicos en el campo de la salud de los adultos mayores, es posible que la vida se les extienda muchos años, así como el período en que el cuidador asume sus funciones (65).

El 88,7% de cuidadores no percibía ninguna retribución económica, pero se identificó que recibirla incrementa 5,83 veces ($p = 0,000$) la posibilidad de desencadenar sobrecarga.

Hay que recalcar, que la compensación en dinero se refería básicamente a los bonos del Estado, que se entregan a cuidadores de personas con altos grados de discapacidad o enfermedad catastrófica asociada, y que pertenecen a estratos socioeconómicos más bajos, es decir, los cuidadores que reciben un “reconocimiento económico” del gobierno, lo hacen porque atienden a adultos mayores con un grado de vulnerabilidad física y social mayor.

Estos ingresos se destinan para el cuidado, la adquisición de insumos, alimentos y medicamentos (10).

Cuando se ajustaron las variables en los modelos de regresión logística binaria y lineal, este factor perdió su potencia estadística.

Peña et al (España, 2016) descubrieron que el 60% de cuidadores ($n=60$) tenían ayuda pública, los que la solicitarían expusieron un grado de sobrecarga significativamente más elevado (7,95 [IC95%: 6,88–9,03] vs. 5,18 [IC95%: 3,11–7,24]) ($p = 0,01$) (66).

Antón (España, 2014) refiere que el estado de salud del receptor de los cuidados es uno de los factores más relevantes en la demanda de cuidados de larga duración (67).



Con el pasar del tiempo, a medida que aumenta la dependencia, las actividades del cuidador pueden sufrir cambios, exigiéndole esfuerzos cada vez mayores, para suplir las nuevas necesidades que acompañan esta condición (59).

Los adultos mayores dependientes (54,81%) generan síndrome de sobrecarga 2,46 veces más que aquellos sin dicha condición ($p = 0,085$). Al comparar el riesgo, de acuerdo al nivel de dependencia de la persona al cuidado, se observó que quienes asisten a personas con dependencia total, severa o moderada incrementan la posibilidad de desencadenar este trastorno de forma significativa, incluso hasta 5,88 veces, en casos de ser total.

Sánchez Martínez et al (Colombia, 2016) aplicaron el Índice de Barthel a adultos mayores cuidados, el 50% tenía dependencia leve, el 37,5% moderada y el 12,5% grave; por lo que para estos investigadores, sería necesario tener un cuidador que ayude a desarrollar sus actividades de la vida diaria; explican además, al final de su trabajo, que aunque la dependencia es un factor que favorece la sobrecarga, según su análisis estadístico, no se comprobó como factor influyente en el nivel de la misma (19).

La disfuncionalidad en las familias de los cuidadores tuvo una prevalencia del 51,05%, siendo un factor de riesgo significativo (2,90 veces). Es más, a medida que empeora la funcionalidad del hogar, se incrementa hasta 5,67 veces (disfuncionalidad severa).

El cuestionario APGAR familiar aplicado por Pérez et al (España, 2009) indicó una tendencia hacia la normofuncionalidad (69,7%). El ítem mejor puntuado fue "*Siente que su familia le quiere*", y el peor "*Las decisiones importantes se toman en conjunto*", con una asociación negativa entre función familiar y salud mental del cuidador, tanto a escala global (coeficiente de correlación $(r) = -0,459$; $p = 0,000$) como en todas sus dimensiones (68).

El lazo entre los integrantes de una familia por lo usual es muy estrecho, de tal manera que cualquier cambio que se suscite en uno de sus miembros causa



modificaciones en los otros. Cuando se toma conciencia de la responsabilidad que significa tener a un adulto mayor en casa y que por su edad, dependencia y/o comorbilidades requiere de atención permanente, se motiva toda una serie de cambios en el seno del hogar, que pueden dar paso muchas veces a consecuencias adversas, que afectan especialmente al cuidador principal (67,69); si a esto se suma problemas familiares, se entiende claramente que el manejo se vuelve todavía más crítico.

El peso del cuidado solamente se pueden sobrellevar si existe una adecuada conformación del entorno familiar, el cual hace más agradable y menos conflictiva esta labor (10,63).

En cuanto a las limitaciones al momento de la investigación, destaca el hecho de no ahondar en otras variables o diseños metodológicos; resulta pues, un tema extenso e interesante de tratar, que motiva la realización de más trabajos al respecto.

Un sesgo mencionado, deriva de la dificultad que se halló en algunos cuidadores para responder ciertas preguntas de la Escala de Zarit, APGAR familiar y retribución económica.

Los resultados obtenidos quizá pueden extrapolarse a otras poblaciones similares, empero, se requieren estudios multicéntricos.

La investigación si cumplió sus objetivos y se espera que cause impacto y conciencia sobre la importancia que tienen cuidadores informales de toda índole, y las repercusiones que la enfermedad trae sobre su salud integral y sobre las personas requirentes de los mismos.



8 CONCLUSIONES

- La prevalencia del síndrome de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores fue del 7,95% (ligera 4,60%, intensa 3,35%), menor a la planteada en la hipótesis y si está asociada a factores dependientes del cuidador, del adulto mayor y de la familia.
- La media de edad de los cuidadores fue 46,19 años ($\pm 14,08$). Las mujeres fueron las principales encargadas de la asistencia a los adultos mayores, con un porcentaje de sobrecarga de 6,69%. El 53,56% de cuidadores estaban casados y presentaron sobrecarga en un 3,35%. Predominaron cuidadores de nivel socioeconómico bajo y medio bajo, con una prevalencia del síndrome del 5,86%. Los hijos eran los principales encargados del cuidado del adulto mayor, y reportaron sobrecarga ligera e intensa en el 4,18%. El 35,56% de cuidadores provenían de familias extensas y tuvieron 3,34% de sobrecarga.
- La media de edad de los adultos mayores fue 80,81 años ($\pm 9,05$); siendo el 64,44% mujeres, con 5,02% de sobrecarga en sus cuidadores.
- El 62,76% de cuidadores tenía menos de 6 años de actividades; el 86,61% lo hacía menos de 9 horas al día; 88,70% no percibía retribución económica. El 54,81% de adultos mayores presentaba dependencia (moderada 26,40%). El 51,05% de familias fue disfuncional (leve 24,70%).
- Los factores de riesgo para sobrecarga fueron: tiempo de cuidado, horas diarias dedicadas a esta actividad; dependencia del adulto mayor y disfuncionalidad familiar.



9 RECOMENDACIONES

- ✓ En las visitas domiciliarias y la consulta externa, a más de velar por la salud del adulto mayor, se debería incorporar la asistencia al cuidador.
- ✓ Brindar una atención integral, integrada, continua, accesible con calidad y calidez al cuidador.
- ✓ Realizar actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación del síndrome de sobrecarga del cuidador.
- ✓ Impulsar nuevos trabajos en esta línea de investigación, con diferentes diseños metodológicos.
- ✓ Utilizar los resultados de este estudio para generar políticas en Salud Pública y proyectos de intervención, en pro del binomio cuidador y adulto mayor.



10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lara RE, Velarde-Lasso A, Mena-Jácome M, Álvarez-Yáñez P, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente [Internet]. Mantis - Comunicación Persuasiva; 2011 [citado 28 de octubre de 2015]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20PARA%20CUIDADORES%20DE%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf>
2. Álvarez-Yáñez P, Pazmiño-Figueroa L, Villalobos A, Villacís J, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas y protocolos de atención integral de salud a los y las adultos mayores [Internet]. Impresionarte; 2010 [citado 28 de octubre de 2015]. Disponible en: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf
3. Mendoza-Suárez G. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Rev Soc Peru Med Interna. 2014;27(1):12-8.
4. Parodi JF, Montoya JC, Rojas D, Morante R. Factores de Riesgo Asociados al Estrés Del Cuidador Del Paciente Adulto Mayor. Rev Aso Colomb Gerontol Geriatr. 2011;25(2):1503-14.
5. Zlotnik H. La situación demográfica en el mundo, 2014 [Internet]. Nueva York-Estados Unidos: Naciones Unidas; 2014 [citado 8 de noviembre de 2015] p. 1-38. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
6. Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Ecuador. Adulto/a mayor. Cuántos son [Internet]. 2014 [citado 8 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>
7. Moreno-Ballesteros R. El Síndrome de Burnout en cuidadores no formales de enfermos de Alzheimer [Internet]. [España]: Universidad de Murcia; 2011 [citado 22 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=1d9f8428-fd1f-4ce1-a6bc-b28883cbbc90&groupId=478659
8. Espín Andrade AM. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cuba Salud Pública. 2012;38(3):493-402.
9. Mendoza Suárez G. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Rev Soc Peru Med Interna. 2014;27(1):12-8.
10. Flores-G E, Rivas-R E, Seguel-P F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc Enferm. 2012;18(1):29-41.
11. Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó M de LD, Dos Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev Gaucha Enferm. 2012;33(1):147-56.
12. Martins-Gratão AC, Da Silva-Talmelli LF, Corrêa-Figueiredo L, Rosset I, Peroni-Freitas C, Partezani-Rodrigues RA. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(1):137-44.
13. Salazar-Ramírez SC, Torres-Arévalo JT. Nivel de sobrecarga y factores asociados de los cuidadores primarios de los/as pacientes del centro de atención ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca Ecuador, 2014 [Internet]. [Cuenca]: De Cuenca; 2015 [citado 11 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22499/1/TESIS.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. WHO. 2015 [citado 8 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>



15. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014;25(2):57-62.
16. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enferm Univ. 2015;12(01):19-27.
17. Soliz-Carrión D, Flores G, Santi-León F, Núñez-Sánchez V, Chanataxi-Vaca I, Morillo-Galárraga CC, et al. Agenda de igualdad para adultos mayores 2012 - 2013 [Internet]. 2012 [citado 9 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
18. Cardona-A D, Segura-C ÁM, Berbesí-F DY, Agudelo-M MA. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(1):30-9.
19. Sánchez Martínez RT, Molina Cardona EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. Rev Cuid. 2016;7(1):1171.
20. Romero Z, Cuba M. Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. Rev Medica Hered. 2013;24(3):204-209.
21. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clínica Salud. 2015;26(1):9-15.
22. Bello-Pineda JG. «Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas» [Internet]. [Veracruz]: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014 [citado 28 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-gabriela.pdf>
23. Rivera-Mora H, Dávila-Mendoza R, González-Pedraza-Avilés A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. Rev Espec Méd-Quirúrgicas. 2011;16(1):27-32.
24. Ministerio de Salud Pública, Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud, Dirección de Inteligencia de la Salud. Prioridades de investigación en salud, 2013 - 2017 [Internet]. [citado 19 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20\(1\).pdf](http://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf)
25. Álvarez-Yáñez P, Martínez-Padilla D, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guías clínicas gerontogeriatricas de atención primaria de salud para el adulto mayor [Internet]. 2008 [citado 28 de octubre de 2015]. Disponible en: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>
26. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. 2008 [citado 12 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.prosigma.com.ec/pdf/nlegal/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador.pdf>
27. Urzúa M A, Navarrete M. Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. Rev Médica Chile. 2013;141(1):28-33.
28. Olivi A, Fadda Cori G, Pizzi Kirschbaum M. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. Papeles Poblac. 2015;21(84):227-249.
29. Huenchuan S. Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL; 2016 [citado 29 de noviembre de 2016]. 1-238 p. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435_es.pdf



30. Collière M-F. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill; 1993.
31. Benavides O, Albuquerque D, Chaná-Cuevas P. Evaluación de la sobrecarga en los cuidadores de los pacientes con enfermedad de Parkinson ambulatorios y sus factores de riesgo. *Rev Médica Chile*. 2013;141(3):320-6.
32. Morales-Cariño EM, Jiménez-Herrera BL, Serrano-Miranda TA. Evaluation of the primary caregiver syndrome when caring for elderly adults with immobility syndrome. *Rev Investig Clin Organo Hosp Enfermedades Nutr*. 2011;64(3):240–246.
33. Del Duca GF, Thumé E, Curi-Hallal P. Prevalence and factors associated with home care among older adults. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):113–120.
34. Espinoza-Miranda K, Jofre-Aravena V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Cienc Enferm*. 2012;18(2):23-30.
35. Sotto Mayor M, Sequeira C, García B. Consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales: instrumentos de diagnóstico e intervención. *Gerokomos*. 2013;24(3):115–119.
36. Cardona-Arango D, Segura-Cardona ÁM, Berbesí-Fernández DY, Ordoñez-Molina J, Agudelo-Martínez A. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investig Andina*. 2011;13(22):177-93.
37. Borghi AC, de Castro VC, Marcon SS, Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la Enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo. *Rev Lat-Am Enferm*. 2013;21(4):1-8.
38. Domínguez-Sosa G, Zavala-González MA, De la Cruz-Méndez D del C, Ramírez-Ramírez MO. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Rev Los Estud Med Univ Ind Santander*. 2010;23(1):28-37.
39. Ocampo JM, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Loba L, García CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb Médica*. 2013;38(1):40-6.
40. Fernández de Larrinoa-Palacios P, Martínez-Rodríguez S, Ortiz-Marqués N, Carrasco-Zabaleta M, Solabarrieta-Eizaguirre J, Gómez-Marroquín I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*. 2011;23(3):388-93.
41. Breinbauer-K H, Hugo Vásquez-V, Mayanz-S S, Guerra C, Millán-K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Médica Chile*. 2009;137(5):657–665.
42. Vélez Lopera JM, Berbesí Fernández D, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordóñez Molina J. Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Aten Primaria*. 2012;44(7):411-6.
43. Manso Martínez ME, Sánchez López M del P, Cuéllar Flores I. Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica Salud*. 2013;24(1):37-45.
44. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*. 2011;72(1):11–16.
45. Muñoz Silva CA, Rojas Orellana PA, Marzuca-Nassr GN. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Rev Médica Chile*. 2015;143(5):612–618.
46. Montalbán-Quesada S, García-García I, Moreno-Lorenzo C. Evaluación funcional en ancianos intervenidos de fractura de cadera. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(5):1096-101.
47. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física. El índice de Barthel. *Rev*



Esp Salud Pública. 1997;71(2):127-37.

48. Chaves-Pedreira L, Souza-Oliveira AM. Caregivers of dependent elderly at home: changes in family relationships. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(5):730–736.
49. Bellón-Saameño J, Delgado-Sánchez A, Luna del Castillo J de D, Lardelli-Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Rev Aten Primaria*. 2015;27:1-12.
50. Suarez-Cuba MA, Alcalá-Espinoza M. APGAR FAMILIAR: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Médica Paz*. 2014;20(1):53–57.
51. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico [Internet]. 2015 [citado 1 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=90&
52. Aldana G, Guarino L. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica UST En Línea*. 2012;9(1):5-14.
53. Rodríguez Rodríguez P, Díaz-Veiga P, Martínez Rodríguez T, García Mendoza A. Cuidar, Cuidarse y Sentirse Bien. Guía para personas cuidadoras según el modelo de atención integral y centrada en la persona. Guías de la Fundación [Internet]. 2014 [citado 13 de septiembre de 2016];1. Disponible en: <http://s5b2d657b8cdd45ba.jimcontent.com/download/version/1459261308/module/8539217785/name/Cuidar%2C%20Cuidarse%20y%20Sentirse%20Bien.pdf>
54. Vásquez Cubillos LF, Baena Rivero AL, Ulloa Rodríguez M. Prevalencia de sobrecarga del cuidador, factores asociados y su asociación con la función familiar, en los cuidadores de los pacientes atendidos en el proceso interdisciplinario de rehabilitación de la Clínica Universidad de la Sabana. *Aten Primaria*. 2012;44(10):630.
55. Velázquez Pérez Y, Espín Andrade AM. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Rev Cuba Salud Pública*. 2014;40(1):1-16.
56. Lema J, Bernui I. Sobrecarga en el cuidador familiar de adultos mayores con enfermedad crónica y su relación con características sociodemográficas y de salud propias y de la persona a su cuidado. *An Fac Med*. 2012;73(1):54.
57. Ortiz Claro YG, Lindarte Clavijo AA, Jiménez Sepúlveda MA, Vega Angarita OM. Características sociodemográficas asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. *Rev Cuid [Internet]*. 2013 [citado 12 de septiembre de 2016];4(1). Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/5>
58. Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, Jiménez-Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx*. 2015;31:660-8.
59. Nardi E de FR, Sawada NO, Santos JLF. Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(5):1096-103.
60. Jaen Varas DC, Callisaya Quispecahuana EW, Quisbert Gutierrez. Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del hospital de psiquiatría «Dr. José María Alvarado». *Rev Médica Paz*. 2012;18(2):21-6.
61. Cerquera Córdoba AM, Granados Latorre FJ, Galvis Aparicio MJ. Relación entre estrato económico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. *Rev Virtual Univ Católica Norte*. 2014;(42):127-37.
62. Corbalán Carrillo MG, Hernández Vian Ó, Carré Catases M, Paul Galcerán G, Hernández Vian B, Marzo Duque C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos*. 2013;24(3):120-3.



63. Cerquera Córdoba AM, Granados Latorre FJ, Buitrago Mariño AM. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychol Av Discip*. 2012;6(1):35-45.
64. Barrera-Ortiz L, Carrillo-González GM, Chaparro-Díaz L, Afanador NP, Sánchez Herrera B. Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Rev Salud Pública*. 2011;13(3):446-57.
65. Eterovic Díaz C, Mendoza Parra S, Sáez Carrillo K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enferm Glob*. 2015;14(38):235-48.
66. Peña-Ibáñez F, Álvarez-Rámirez MÁ, Melero-Martín J. Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. *Enferm Glob [Internet]*. 2016 [citado 21 de septiembre de 2016];(43). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/212541/194621>
67. Antón Ballesteros S. Cansancio del rol de cuidador: análisis de sus factores relacionados (I). *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. 2014;6(3):74-106.
68. Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, Losada Baltar A, Porras Santos N, Gómez Marcos MÁ. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria*. 2009;41(11):621-8.
69. Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*. 2012;22-30.



Universidad de Cuenca

ANEXOS

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADOS
MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN EN LA SALUD

SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS. GUALACEO. 2016.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: ____ de ____ de 2016

N° Encuesta: ____

N° Teléfono: ____

1. DATOS GENERALES:

DEL CUIDADOR:

Nombre: _____

Edad: ____ años

Sexo: Masculino ____ Femenino ____

Estado civil: Soltero (a) ____ Casado (a)/ ____ Unión Libre ____ Viudo (a) ____ Divorciado (a)/Separado (a) ____

Parentesco: Esposo (a) ____ Hijo (a) ____ Otro ____ Ninguno ____

DEL ADULTO MAYOR:

Edad: ____ años

Sexo: Masculino ____ Femenino ____

2. FACTORES ASOCIADOS, DEPENDIENTES DEL CUIDADOR:

Tiempo de cuidado: ____ Años ____ Meses

Horas diarias dedicadas al cuidado: ____ Horas

Retribución económica o en especie: Si ____ No ____

3. FACTORES ASOCIADOS, DEPENDIENTES DE LA FAMILIA Y AMIGOS:

Tipología familiar: Extensa ____ Nuclear íntegra ____ Nuclear ampliada ____ Monoparental ____

Reconstituida ____

INVESTIGADOR: JOSÉ PATRICIO BELTRÁN



ANEXO N° 2

SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS. GUALACEO. 2016.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es proporcionarle toda la información necesaria para considerar su decisión participar en este proyecto de investigación titulado "Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con factores asociados", a cargo del Médico José Patricio Beltrán, para la obtención de su título de Magíster en Investigación de la Salud.

El objetivo de este estudio es conocer el número de personas, a cargo de adultos mayores, que padecen el "síndrome de sobrecarga" y determinar sus causas.

Para ello se procederá a tomar datos tanto de usted como del adulto mayor a su cuidado. No se pone en riesgo su integridad física o emocional en ningún momento.

Posteriormente, estos datos serán anotados en un formulario.

También se solicitará información sobre su salud física y emocional.

Luego, usted podrá iniciar o continuar con sus actividades cotidianas sin ningún inconveniente.

Si alguna pregunta no está clara, ésta será explicada de manera que pueda ser contestada.

Esta investigación es muy importante, porque sus resultados le ayudarán al personal médico a determinar el número de personas que sufren estrés relacionado al cuidado, y tomar las medidas pertinentes para solucionar dicha condición.

Las conclusiones que se tengan de este estudio servirán también para tomar medidas de prevención.

No existirá ninguna carga económica para usted, ni para ningún otro miembro de su familia, tampoco recibirán compensación monetaria por su participación. No existirá ninguna represalia, si deciden no formar parte.

Toda la información obtenida se guardará en archivos bajo custodia del investigador; y, a excepción del personal médico y de la Universidad, esta información no estará disponible para otros individuos de una forma en la cual usted o la persona dependiente puedan ser identificados (as).

La participación es completamente voluntaria y puede negarse o desertar en cualquier momento. Esta decisión no afectará de ninguna forma la atención que se dé ahora o en el futuro.

YO, _____ portador (a) de la CI:

_____, en calidad de cuidador (a) de _____

declaro que tanto yo como la persona a mi cargo hemos sido informados sobre el objetivo y los alcances del estudio realizado por el Médico José Patricio Beltrán, y que han sido aclaradas todas nuestras dudas.

Responderé a todas las preguntas planteadas en la entrevista.

Comprendiendo los riesgos y beneficios, firmo voluntariamente este consentimiento, en señal de mi aprobación.

Firma: _____



ANEXO N° 3

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Puntuación:

0 Nunca 1 Rara vez 2 Algunas veces 3 Bastantes veces 4 Casi siempre

Preguntas		Respuesta				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Ud.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Total: _____

Elaborado por: El autor.

Fuente: Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20:649-655.



ANEXO N° 4

ÍNDICE DE BARTHEL

ALIMENTACIÓN		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas
0	Dependiente	Necesita ser alimentado
BAÑO		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda
VESTIRSE		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras. Se excluye la utilización de sujetador
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse
0	Dependiente	Necesita ayuda
DEPOSICIONES		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema
0	Incontinente	
MICCIÓN		
10	Continente	Es capaz de controlar la micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral
0	Incontinente	
RETRETE		
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocársela, vaciarla y limpiarla
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización de papel higiénico
0	Dependiente	
TRASLADARSE DESDE LA CAMA AL SILLÓN O A LA SILLA DE RUEDAS		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo



10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal
0	Dependiente	

Total: _____

Elaborado por: El autor.

Fuente: Mahoney y Barthel (1955), modificada por Granger (1979).



ANEXO N° 5

APGAR FAMILIAR

FUNCIÓN		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
APOYO	¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?					
PARTICIPACIÓN	¿Me satisface la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos de interés familiar buscando juntos las soluciones a los problemas?					
CRECIMIENTO	¿Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes o actividades?					
APECTO	¿Me satisface como mi familia me demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor o rabia?					
RECREACIÓN	¿Me satisface cómo compartimos en mi familia?					
	a) El tiempo para estar juntos					
	b) Los espacios de la casa					
	c) El dinero					
RED DE APOYO	¿Cuándo necesito ayuda, tengo alguna persona, amigo o amiga en quien confiar?					
RED DE APOYO	¿Me satisface el apoyo que recibo de mis amigos/as?					
TOTAL						

Total: _____

Elaborado por: El autor.

Fuente: Smilkstein G. (Universidad de Washington), 1978.



ANEXO N° 6

ENCUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar		
Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:		
Características de la vivienda		Puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo		59
Cuarto(s) en casa de inquilinato		59
Departamento en casa o edificio		59
Casa/Villa		59
Mediagua		40
Rancho		4
Choza/ Covacha/Otro		0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón		59
Ladrillo o bloque		55
Adobe/ Tapia		47
Caña revestida o bahareque/ Madera		17
Caña no revestida/ Otros materiales		0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante		48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón		46
Ladrillo o cemento		34
Tabla sin tratar		32
Tierra/ Caña/ Otros materiales		0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar		0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha		12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha		24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha		32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene		0
Letrina		15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada		18
Conectado a pozo ciego		18
Conectado a pozo séptico		22
Conectado a red pública de alcantarillado		38
Acceso a tecnología		Puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No		0
Sí		45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No		0
Sí		35
3 ¿Tiene computadora portátil?		
No		0
Sí		39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar		0
Tiene 1 celular		8
Tiene 2 celulares		22
Tiene 3 celulares		32
Tiene 4 ó más celulares		42
Posesión de bienes		Puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No		0
Sí		19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No		0
Sí		29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No		0
Sí		30
4 ¿Tiene lavadora?		
No		0
Sí		18



5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No		0
Sí		18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar		0
Tiene 1 TV a color		9
Tiene 2 TV a color		23
Tiene 3 ó más TV a color		34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar		0
Tiene 1 vehículo exclusivo		6
Tiene 2 vehículo exclusivo		11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos		15
Hábitos de consumo		Puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No		0
Sí		6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No		0
Sí		26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No		0
Sí		27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No		0
Sí		28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No		0
Sí		12
Nivel de educación		Puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios		0
Primaria incompleta		21
Primaria completa		39
Secundaria incompleta		41
Secundaria completa		65
Hasta 3 años de educación superior		91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)		127
Post grado		171
Actividad económica del hogar		Puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No		0
Sí		39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No		0
Sí		55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas		76
Profesionales científicos e intelectuales		69
Técnicos y profesionales de nivel medio		46
Empleados de oficina		31
Trabajador de los servicios y comerciantes		18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros		17
Oficiales operarios y artesanos		17
Operadores de instalaciones y máquinas		17
Trabajadores no calificados		0
Fuerzas Armadas		54
Desocupados		14
Inactivos		17

Total: _____

Elaborado por: El autor.

Fuente: INEC.



ANEXO N° 7

TALLER DE CAPACITACIÓN

SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS. GUALACEO. 2016.

LUGAR: AUDITORIO DEL HOSPITAL “MORENO VÁZQUEZ”

FECHA: DICIEMBRE 2015

HORARIO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
08:00 a 09:00	Bienvenida Introducción Generalidades	AUTOR
09:00 a 10:30	Socialización del Protocolo	
10:30 a 11:30	Ficha de recolección de datos	
11:30 a 12:00	Consentimiento Informado	
12:00 a 13:00	Receso almuerzo	
13:00 a 14:00	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	
14:00 a 15:00	Índice de Barthel	
15:00 a 15:30	APGAR familiar	
15:30 a 16:00	Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico	
16:00 a 17:00	Evaluación	



ANEXO N° 8

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
DEL CUIDADOR				
EDAD	Años cumplidos por la persona desde su nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Temporal	Años cumplidos registrados en la cédula de identidad	Númerica
SEXO	Características fenotípicas expresadas en los caracteres sexuales secundarios	Fenotípica	Caracteres sexuales secundarios observados por examen físico	Masculino Femenino
ESTADO CIVIL	Situación jurídica del cuidador (a) respecto a pareja al momento de la entrevista	Jurídica	Situación jurídica registrada en la cédula de identidad	Soltero/a Casado/a Unión Libre Viudo/a Divorciado/a
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Nivel socioeconómico del hogar, de acuerdo a las características de la vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación, y actividad económica del hogar	Económica Educativa Laboral	Nivel socioeconómico del hogar mediante encuesta del INEC	0 a 316: Bajo 316.1 a 535: Medio bajo 535.1 a 696: Medio típico 696.1 a 845: Medio alto 845.1 a 1000: Alto
PARENTESCO	Vínculo primario en relación al adulto mayor a su cuidado	Familiar	Vínculo con el adulto mayor a su cuidado, por interrogatorio directo	Esposo (a) Hijo (a) Otro Ninguno
SOBRECARGA	Experiencia subjetiva del cuidador respecto de las demandas de atención	Sicológica	Resultado de la aplicación de la Escala de Zarit	< 47: Ausente 47a55: Ligera > 55: Intensa
TIEMPO DE CUIDADO	Tiempo transcurrido ejerciendo las funciones de cuidado	Temporal	Meses que se dedica a su labor, por interrogatorio directo	Númerica
HORAS DIARIAS AL CUIDADO	Tiempo diario dedicado ejerciendo las funciones de cuidado	Temporal	Horas al día que se dedica a su labor, por interrogatorio directo	Númerica
RETRIBUCIÓN ECONÓMICA	Pago, reembolso o gratificación económica que una persona recibe por una determinada tarea o acción	Económica	Dinero que recibe el cuidador por su labor, por interrogatorio directo	Si No
DEL ADULTO MAYOR				
EDAD	Años cumplidos por la persona desde su nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Temporal	Años cumplidos registrados en la cédula de identidad	Númerica
SEXO	Características fenotípicas expresadas en los caracteres sexuales secundarios	Fenotípica	Caracteres sexuales secundarios observados por examen físico	Masculino Femenino
DEPENDENCIA	Condición, que por edad, enfermedad o discapacidad requiere permanentemente la ayuda de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria	Física Sicológica	Resultado de la aplicación de la Escala de Barthel	100: Independencia 91 a 99: Escasa 61a 90: Moderada 21a 60: Severa 0 a 20: Dependencia total
DE LA FAMILIA Y AMIGOS				
TIPOLOGÍA FAMILIAR	Cambios en la posición por roles o por elación de los integrantes familiares	Entrevista al paciente	Tipo de familia a la que pertenece el cuidador, por interrogatorio	Extensa Nuclear íntegra Nuclear ampliada Monoparental Reconstituida
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Percepción del nivel de funcionamiento y dinámica de la familia y amigos	Familiar	Aplicación del Test de Apgar familiar modificado	17 a 20: Normal 13 a 16: Disfunción leve 10 a 12: Moderada ≤9: Severa